

令和 年 月 日

諫早市長 様

住所 市 町

(申請者) 氏名

(被介護者との続柄: )

電話 -

介護用品の支給事業利用申請書

諫早市介護用品の支給事業実施規程第4条の規定に基づき、次のとおり介護用品の支給事業の利用を申請します。

被 介 護 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
	氏 名					
	住 所	諫早市 町	電話	-		
介 護 保 険 認 定 状 況	1 未申請 2 非該当 3 要支援 4 要介護 ( 1 2 3 4 5 )					
家 族 の 状 況	氏名	続柄	性別	職業	同居別居の別	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
介護用品購入月	年 月分					
介護用品の種類 (該当するものに○を付けてください)	1 紙おむつ 2 尿取りパット 3 清拭剤 4 その他 ( )					

備考 購入する介護用品の種類及び金額がわかる書類を添付してください。

利用上限額は、8,300円となります。

# 同意書

年度の諫早市介護用品の支給事業の利用のために必要があるときは、私及び私の家族の市民税の課税状況について、諫早市長が調査することに同意します。

令和 年 月 日

(生計中心者) 住所 諫早市 町

氏名

諫早市長 様